

常见重性精神疾病

社区防治手册

主 编 栗克清 杨新建 梁占凯 翟京波

副主编 张香云 张云淑 孙秀丽 李建峰



人民卫生出版社

常见重性精神疾病

社区防治手册

主 编 栗克清 杨新建 梁占凯 翟京波

副主编 张香云 张云淑 孙秀丽 李建峰

编 委 (以姓氏笔画为序)

王亚卿 李建峰 孙秀丽 刘 波

江芹普 张云淑 张香云 张 勇

杨新建 栗克清 徐 涛 梁占凯

翟京波

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

常见重性精神疾病社区防治手册 / 栗克清等主编.
—北京: 人民卫生出版社, 2011.12

ISBN 978-7-117-14880-1

I. ①常… II. ①栗… III. ①精神病—防治—手册
IV. ①R749-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 217413 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

常见重性精神疾病社区防治手册

主 编: 栗克清 等

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E-mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 尚艺印装有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 710×1000 1/16 印张: 13

字 数: 240 千字

版 次: 2011 年 12 月第 1 版 2011 年 12 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-14880-1/R·14881

定 价: 25.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

随着社会变革、城市化、老龄化进程的加快,家庭社会结构的不断变化以及社会竞争和公众心理压力的不断增加,精神卫生问题越来越突出。据WHO统计,1990年全世界致残的十大病因中包括五种精神疾病(即单相抑郁、酒精滥用、双相情感障碍、精神分裂症和强迫症)。目前,全国有重性精神疾病患者约1600万人,抑郁症患者约2500万人。精神疾病不但影响个体健康,而且对他人安全和社会安定有严重影响。因此,对精神疾病进行从预防到治疗和康复的系统管理有重要的现实意义。

社区精神卫生与国家公共卫生体系建设、政府卫生政策制定密切相关。2004年卫生部等七部委《关于进一步加强精神卫生工作的指导意见》指出精神卫生工作要遵循“预防为主、防治结合、重点干预、广泛覆盖、依法管理”的原则,建立健全精神卫生服务网络,把精神疾病防治工作重点逐步转移到社区和基层。2009年,国家把重性精神疾病管理列为基本公共卫生服务项目。这些项目的实施都需要社区精神卫生的发展,为了提高精神疾病的知晓率和治疗率,改善广大民众的心理健康水平和生活质量,特编写本手册。本书通俗易懂,简便实用。希望对基层医务人员、社区工作者、卫生行政管理人员、患者和家属以及关注心理健康的普通读者有所帮助。

本书从疾病预防出发,重点关注精神疾病高危人群的筛查,早期发现和早期治疗;对社区管理的重性精神疾病从识别到风险评估、治疗、康复等进行了系统介绍;还涉及精神疾病的管理和教育、双向转诊、常见并发症的防治,精神疾病防治工作评估以及相关法律问题。

感谢各位编委参与本书的编写,在此,对在本书编写过程中提供过帮助的同志们致以诚挚的谢意。书中不妥或谬误之处,望各位专家、广大读者不吝指正。

编者

2011年5月30日

第一章 精神疾病的现状及流行趋势	1
第一节 国外精神疾病的现状及流行趋势.....	1
第二节 国内精神疾病的现状及流行趋势.....	1
第三节 国内外社区精神卫生服务体系现状.....	3
第二章 精神疾病与重性精神疾病	6
第一节 精神疾病概述.....	6
一、定义.....	6
二、发病机制.....	6
三、精神疾病的危险因素.....	7
第二节 重性精神疾病的概念与范围.....	8
一、重性精神疾病的概念.....	8
二、重性精神疾病的范围.....	8
第三章 重性精神疾病的危害性	10
第一节 重性精神疾病对患者的危害性.....	10
第二节 重性精神疾病对患者家庭的危害性.....	11
第三节 重性精神疾病对社会的危害性.....	11
第四章 精神疾病高危人群的筛查与评估	13
第一节 国内外现状.....	13
第二节 筛查与评估的原则.....	13
一、评估原则.....	13
二、沟通技巧.....	14
三、与患者访谈的步骤.....	14
第三节 筛查与评估的内容.....	15
一、精神科病史纲要.....	15

二、精神病史的采集	15
三、精神状况评估	18
四、关于自伤或伤人的评定	20
五、不合作患者的精神状况评估	20
第四节 精神疾病重点人群及重点精神疾病的干预	21
一、精神疾病重点干预人群	21
二、重点精神疾病的干预	23
第五章 精神疾病的三级预防	26
第一节 三级预防的概念	26
第二节 精神疾病的三级预防模式	26
一、一级预防	27
二、二级预防	28
三、三级预防	29
第六章 精神疾病的诊断与分类	31
第一节 国际疾病分类(ICD)系统	32
第二节 美国精神障碍分类(DSM)系统	32
第三节 中国精神障碍分类(CCMD)系统	33
第七章 精神疾病的症状学	35
第一节 概述	35
第二节 常见精神症状	35
一、认知及其障碍	35
二、情感及其障碍	42
三、意志及其障碍	44
四、动作、行为及其障碍	45
五、意识及其障碍	46
第三节 常见精神疾病综合征	48
一、幻觉症	48
二、幻觉妄想综合征	48
三、精神自动症	48
四、遗忘综合征	48
五、脑衰弱综合征	48

六、急性脑病综合征	49
七、慢性脑病综合征	49
八、情感综合征	49
九、紧张综合征	49
十、疑病症综合征	49
第八章 常见重性精神疾病	50
第一节 精神分裂症	50
一、概述	50
二、临床表现	51
三、识别与危险性评估	53
四、治疗	54
第二节 抑郁障碍	58
一、概述	58
二、临床表现	59
三、识别与危险性评估	61
四、治疗	62
第三节 双相情感障碍	64
一、概述	64
二、临床表现	66
三、识别与危险性评估	67
四、治疗	68
第四节 偏执性精神障碍	72
一、概述	72
二、临床表现	73
三、识别与危险性评估	75
四、治疗	77
第五节 分裂情感性精神病	77
一、概述	77
二、临床表现	78
三、识别与危险性评估	79
四、治疗	81
第六节 癫痫所致精神障碍	82
一、概述	82

二、临床表现	83
三、识别与危险性评估	85
四、治疗	86
第七节 精神发育迟滞伴发精神障碍	87
一、概述	87
二、临床表现	88
三、识别与危险性评估	90
四、治疗	92
第九章 精神疾病的管理与健康教育	94
第一节 精神疾病的管理	94
一、工作原则	94
二、工作目标	94
第二节 健康教育	95
一、健康教育的目标	95
二、健康教育的方法及形式	95
三、健康教育的内容及策略	96
四、精神卫生健康教育效果的评估	96
第十章 常见并发症的防治	97
第一节 精神药物不良反应及处理	97
一、锥体外系反应	97
二、癫痫大发作	98
三、意识障碍或中枢抗胆碱能综合征	99
四、恶性综合征	99
五、心源性猝死	99
六、5-羟色胺综合征	100
七、体位性低血压	100
八、排尿困难	100
九、麻痹性肠梗阻	101
十、体重增加和内分泌代谢紊乱	101
十一、心电图改变	101
十二、性功能障碍	101
第二节 精神疾病急性并发症及处理	102

一、自缢·····	102
二、噎食·····	102
三、精神药物急性中毒·····	102
四、攻击性行为·····	103
第十一章 精神疾病患者的双向转诊·····	105
第一节 精神疾病患者的双向转诊·····	105
一、概述·····	105
二、精神疾病转诊种类·····	106
三、精神疾病转诊指征·····	106
四、精神疾病转诊工作注意事项·····	106
第二节 精神疾病住院标准·····	107
一、医疗标准·····	107
二、患方要求·····	107
第三节 精神疾病住院形式与住院程序·····	107
一、自愿住院·····	108
二、非自愿住院·····	108
第十二章 精神疾病患者社区康复问题·····	110
第一节 就学就业问题·····	110
第二节 婚姻问题·····	111
一、精神疾病患者婚姻中常见的问题·····	111
二、精神疾病患者怀孕后的注意事项·····	112
第三节 人际交往问题·····	113
一、交往问题产生的原因·····	113
二、交往的原则及注意事项·····	113
三、交往时的技巧·····	114
第四节 语言交流问题·····	115
一、患者与医护人员间的交流·····	115
二、患者与家属间的交流·····	115
三、交流中的注意事项·····	116
第五节 旅游及驾驶问题·····	116
一、精神疾病患者的旅游·····	116
二、精神疾病患者的汽车驾驶·····	117

第十三章 社区精神疾病防治工作考核评估	118
第一节 社区精神疾病防治工作评估的实施	118
一、社区精神疾病防治工作的实施.....	118
二、评估的实施.....	120
第二节 社区精神疾病防治工作评估的指标	120
一、社区精神疾病防治工作评估原则.....	120
二、社区精神疾病防治工作评估的指标.....	120
 第十四章 社区精神疾病相关法律法规(摘录)	122
 附录 1 重性精神疾病管理治疗工作规范	128
 附录 2 重性精神疾病患者管理服务规范(2011版)	189
 参考文献	196

精神疾病的现状及流行趋势

第一节 国外精神疾病的现状及流行趋势

精神疾病在世界范围内存在,无论是发达国家还是发展中国家;无论富裕地区还是贫困地区;无论城市还是农村,可见于各种社会文化和各个地理区域中。世界上大约有 1/10 的成年人在某个时刻存在精神疾病。精神分裂症在成年人中的终身患病率大约为 1%。美国的终身患病率高达 13%,年发病率为 0.22% 左右。世界精神卫生调查委员会 2004 年报道了 14 个国家的 15 项调查结果,各国的心境障碍的年患病率在 0.8%~9.6% 之间,其中美国最高。世界卫生组织(WHO)的另一项以 15 个城市为中心的全球性研究发现综合医院就诊者中患抑郁症和恶劣心境者达 12.5%。在 20 世纪 70~80 年代西方发达国家的流行病学调查显示,双相情感障碍终生患病率为 3.0%~3.4%,20 世纪 90 年代上升为 5.5%~7.8%。痴呆的流行病学研究较多,一项国际共识认为,全球每 7 秒钟增加 1 个新发痴呆病例。2000 年欧洲报道的一项调查显示,老年人群年龄标准化的患病率为 6.4%,其中阿尔茨海默病(AD)为 4.4%,血管性痴呆(VD)为 1.6%,2002 年古巴报道的痴呆患病率为 7.1%。在亚洲地区,2003 年韩国报道 1037 名老年人调查,痴呆患病率为 6.8%,其中 AD 为 4.2%,VD 为 2.4%,其他类型痴呆为 0.2%。对于注意缺陷多动障碍(ADHD)的研究,在不同的国家和社会经济文化阶层中,患病率有差异,英国报告不足 1%,荷兰为 5%~20%;按 DSM-IV 标准,20 世纪 70~80 年代美国报告的 ADHD 患病率为 3%~5%。从以上的数据表明,精神疾病流行广泛而且患病率高,给全世界带来了挑战。

第二节 国内精神疾病的现状及流行趋势

近年来,随着我国经济和社会的飞速发展,人们生活节奏的不断加快,社

会竞争的压力日趋增加,再加上其他社会因素的影响,我国精神疾病的患病率逐年增加,已由20世纪90年代的10%左右上升到21世纪初的10%左右,发病数量已超过心血管疾病,跃居疾病患病率首位,这已成为我们面临的一个严峻的社会问题。

目前,我国有重性精神疾病患者已达1600万,21世纪后我国各类精神疾病问题将更为突出。1982年,全国12个地区精神疾病流行病学调查显示,15岁及以上人口中各类精神疾病的时点患病率为10.54%,终生患病率为12.69%,时点患病率及终生患病率均为城市高于农村。1993年第二次全国精神疾病流行病学调查显示,时点患病率为11.18%,终生患病率为13.47%,时点患病率及终生患病率均为农村高于城市。此后,各地区逐渐进行了精神疾病的流行病学调查,2001年浙江省精神障碍流行病学调查结果显示,15岁及以上人群中各类精神障碍的时点患病率为17.3%,其中心境障碍8.6%,焦虑障碍4.3%,物质使用障碍3.0%,酒精使用障碍2.9%。2002年江西省精神障碍流行病学调查结果显示,各类精神障碍(不含神经症、药物依赖、人格障碍)的时点患病率为29.80%,终生患病率为36.08%,居前三位的是情感障碍9.91%,酒精依赖6.78%,精神分裂症5.77%,时点患病率和终生患病率均为男性高于女性,时点患病率为农村高于城市,终生患病率为城市高于农村。2004年河北省精神疾病流行病学调查结果显示,18岁及以上人群各类精神疾病的时点患病率为16.24%,终生患病率为18.51%;除精神发育迟滞和痴呆外,各类精神疾病的总时点患病率为14.05%,终生患病率为16.32%。精神疾病的总时点患病率各个年龄段不同,随着年龄的增长患病率不断增加,50岁以上人群痴呆患病率随着年龄的增加更为突出,70岁以上痴呆患病率达到13.51%。此外,时点患病率农村明显高于城市,女性明显高于男性。

在我国,老年人和儿童青少年作为特殊人群的精神疾病问题也令人堪忧。随着我国人口老龄化加速进展,老年性精神疾病也呈现出增长趋势,其中痴呆是老年人最常见的疾病,我国痴呆的患病率随年龄增大呈上升趋势,几乎每增加5岁,其患病率就增加1倍。老龄人口的逐渐扩大,痴呆的绝对数必然增多,对个人、家庭和社会将带来沉重负担。近年来,儿童青少年行为问题越来越突出,注意缺陷多动障碍是最常见的儿童行为问题,根据我国七项主要研究的荟萃分析,患病率为4.31%~5.83%,随着年龄的增长,注意缺陷多动障碍共患学习困难和其他精神疾病的几率明显增加,最终导致患儿社会功能严重受损,临床疗效降低,预后不良。因此,儿童青少年将是以后需要给予更多关注的群体。

第三节 国内外社区精神卫生服务体系现状

由于多方面因素的影响,精神疾病的高未治率仍然是一个世界性的难题。1993年美国精神卫生学院的一次流行病学调查资料显示,按美国《精神疾病诊断及统计手册》第4版诊断标准(DSM-IV)对2万名调查对象进行标准化诊断,精神障碍约占人群的28%,即每4名成人中有1名以上患有精神障碍。而人群中20%实际上符合DSM-IV的精神障碍在过去1年中并无任何诊治,75%患者不能及时就诊。世界精神卫生调查委员会2004年报道了14个国家的15项调查结果调查发现,各类精神疾病都有严重的功能受损,而且很大比例的患者未接受及时有效的治疗,尤其是发展中国家。在发达国家中,如美国还有33.1%的重性精神疾病患者未得到治疗,我国至少50%的患者未得到治疗。基于此,许多国家精神卫生服务体系也发生着相应的变化,社区精神病学逐渐发展起来,精神疾病的社区防治也体现了尤为重要的作用。以美国与英国为例,美国是社区精神病学的起源之一,非住院化运动、政府立法运动及建立社区精神卫生中心是发展的主要标志。美国的精神卫生专业服务范围不断扩大,大医院的病床剧减,社区设施增加,服务中心由医院转向社区。经过40多年的实践,社区精神卫生服务取得了良好的效果,接受社区治疗的精神疾病患者,花费减少,比住院治疗的花费下降了94%,并且大多数的精神疾病患者获得了有效及时的治疗。英国很早就主张应在社区中照料精神疾病患者,主张发展综合医院的精神科,尽量减少开设大的精神专科医院。1948年英国就成立了国家卫生服务体系,精神卫生机构均为国家公办,精神疾病患者可只付少量费用或免费接受治疗。社区精神卫生中心是社区精神卫生服务的工作基地,它为精神疾病患者及家庭成员提供心理咨询、危机干预和住院服务。英国的社区精神卫生服务分为三个级别部门承担。第一级由社区全科医生、社区精神科护士、社会工作者组成,主要是基层服务;第二级由社区精神卫生中心、诊疗所、日间康复中心组成;第三级由精神科病房、精神病院、日间医院组成。由于推行精神卫生服务,精神病床的床位使用率持续稳定下降,而且精神疾病患者的住院时间大为缩短,93%的患者可在1年内出院,其中绝大多数不到3个月就转到社区继续进行治疗、康复。

目前,我国精神疾病的就诊率仅有9.2%,特别是在一些二线、三线城市以及偏远地区,仍有大量精神疾病患者没有得到及时、有效和持续的治疗。按照WHO、世界银行、哈佛大学联合进行的全球疾病负担的研究估计,对中国精神疾病的治疗现状进行了估计,显示常见精神疾病的未治率相当高。另外,我国现有的专科服务模式不适应现代社会的需求。在我国,许多精神专

科医院基本上还是“医院精神病学”的格局,以住院为主要服务内容,以精神分裂症患者为主要服务对象,采取封闭式管理,几十年来变化甚微。如果摆脱我国精神科住院模式与精神疾病患者服务的需要不相适应的怪圈,只有发展精神疾病的社区防治,才能提高精神疾病患者的就诊率,改善患者的社会功能。同时我国精神专科医务人员的短缺,大量精神疾病患者不能得到及时的专科治疗,从而造成精神残疾,给家庭及社会带来沉重的负担及危害,而发展精神疾病的社区防治,依靠基层医务人员,普及精神疾病防治的知识,是帮助精神疾病患者及时有效的得到专科治疗的有效途径。

在我国市场经济条件下,精神病医院常处于一种矛盾的状态下,既要面对社会上最困难的特殊群体,又要维护自身的生存和发展,因此,根据新时期的精神卫生工作指导原则,积极推广了“开放式、社会化、综合性”的精神病社区防治工作。另外,当前我国 90% 以上的精神病患者生活在社区,同时由于我国经济尚不发达,特别是精神病患者家庭经济状况普遍偏低,能接受住院治疗的患者很少,故社区精神卫生服务是适合我国国情和广大患者需求的最佳精神卫生服务模式,具有投资少、见效快,能实现对精神疾病患者防治、康复、管理一体化服务的特点。自 1958 年第一次全国精神卫生工作会议(南京)以来,全国各地先后建立了精神疾病防治机构,并不断完善、健全,现已初步形成城乡精神卫生服务体系。精神疾病患者的社区服务习惯上称为精神病防治,因而将社区精神卫生服务系统称为防护网。自 20 世纪 80 年代建立的防护网,多数同以往我国的三级政府体系即省(直辖市)—市(区/县)—区/县(乡镇/街道)相应,又名“三级防护网”。一般包括组织管理网络、技术指导网络和防治康复设施 3 个系统,主要有城市、农村、厂矿及学校等精神疾病服务体系。在城市精神疾病服务体系中,由各级政府及其职能部门组成建立市、区、街道三级防治管理网络,负责全市的精神疾病防治工作,结合本地区的实际情况,制订具体可行的计划,同时制订相应的实施方案;由各级专业精神卫生机构组成技术指导网络,参与规划和方案的制订,负责各级的精神疾病的防治工作,包括门诊、住院、转诊及会诊,并且指导下级精神卫生机构的防治工作,同时开展药物治疗、工娱治疗及心理治疗等全方位的精神卫生服务;由社区中各种医疗康复机构和相应的组织形式组成防治康复系统,进行社区康复、监管,积极推广开展精神卫生服务。在农村精神疾病社区服务体系中,也是由政府部门建立各级精神疾病防治工作领导小组,建立以卫生部门为主体的各级业务指导体系,建立县、乡、村三级防护网,以家庭病床为主要形式开展农村精神疾病患者的家庭社会防治工作。另外,在一些学校,由学校、校医院及相关部门的负责人组成精神卫生领导小组,负责管理工作,校医院设立精神科或者心理科医生,负责精神卫生保健工作实施,所在地的精神卫生机

构负责业务指导,积极开展精神疾病的防治和心理卫生咨询及危机干预工作。

目前我国的精神卫生服务工作已经从多层面逐渐推进。2003年起,在国家福彩公益基金支持下,中国残疾人联合会在全国部分区县开展了在精神专科医院指导下由基层医疗卫生机构(社区卫生服务机构、乡村卫生服务机构)实施的“贫困精神病患者免费服药医疗救助项目”,为辖区内有精神残疾证的贫困患者申请免费的基本精神科药品。在国家“十一五”规划期间,该项目覆盖范围到700个县,费用增加到每人每年450元,精神疾病患者数量增加到7万名。在同期启动的“贫困精神病患者住院医疗救助项目”将为3万名贫困精神残疾者每年提供为期3个月的免费住院医疗,费用为每人每次3600元。

2004年9月30日,精神卫生作为唯一的非传染性疾病项目正式进入国家公共卫生行列。同年12月,获得中央财政经费686万元,由卫生部牵头,在全国范围内实施“中央补助地方重性精神疾病管理治疗项目”(简称“686项目”),旨在探讨建立重性精神疾病社区防治、康复管理工作机制和网络,建立综合预防和控制重性精神疾病患者危险行为的有效机制,纳入项目管理的特别贫困精神疾病患者可在门诊服药、化验检查和住院治疗费用上得到相应的优惠和补助,从而达到能提供以患者为中心的服务目标。此项目在全国开展了“中央补助地方重性精神病管理治疗项目示范区建设”,2005年,全国共建示范区60个,覆盖人口约4300万人。全国分级培训精神科医生、社区医生、个案管理人员、街道及派出所人员、患者家属3万多人次,建立了示范区精神疾病信息管理系统。而且每年的国家项目经费逐渐增加,从2006年的1000多万元增加至2010年的5000万元,各示范区均建立了重性精神疾病管理治疗网络,主要服务内容包括登记重性精神疾病患者,定期随访有肇事肇祸倾向的患者,为贫困的肇事肇祸患者提供免费的药物治疗和住院,免费处理患者的肇事肇祸行为。

(栗克清 李建峰)

第一节 精神疾病概述

一、定 义

精神疾病,又称精神障碍,是指在各种生物学、心理学以及社会环境影响下,大脑功能活动发生紊乱,导致认知、情感、意识和行为等精神活动不同程度障碍的疾病。

精神活动包括认识活动(包括感觉、知觉、注意、记忆和思维等)、情感活动及意志活动,这些活动过程相互联系,紧密协调,维持着精神活动的统一完整。当大脑功能出现异常,整个精神活动明显异常或紊乱,精神活动完整性和统一性就会受到破坏,此时产生的症状称为精神症状。当精神症状达到一定的严重程度,并且达到足够的频率、强度或持续时间,使患者的工作、生活、学习等能力受到损害,造成主观痛苦的疾病状态时,就成为精神疾病。

二、发 病 机 制

精神疾病的发病机制指致病因素作用于个体,引起个体一系列病理心理和病理生理反应,最终表现为临床精神症状的过程。不同类型的精神疾病有着不同的发病机制,主要包括遗传因素、躯体因素、脑器质性因素、心理社会因素及神经生化因素等几个方面。

有些精神疾病的发病与遗传有关,但是其发病机制却不明确。精神发育迟滞的发病机制较为明确,主要是由于基因或染色体的异常,经过一系列变化最终阻碍了大脑的正常发育,出现了全面的脑功能缺陷。躯体因素主要指的是全身性或内脏疾病,包括感染、营养代谢、血液、内分泌、中毒等躯体疾病,此类型的精神疾病往往是发生在躯体疾病的基础上,在躯体疾病的发展

过程中,脑细胞的代谢功能受到损害,从而产生了精神症状。

一些常见的脑器质性疾病常常直接损害脑细胞的结构和功能,从而影响大脑的功能活动,导致精神疾病的发生,如颅脑损伤、脑萎缩、脑变性等器质性病变,不同区域的脑病变可表现出各种精神症状,如幻觉、妄想、情感障碍、痴呆等。心理社会因素指心理因素和社会因素,心理因素包括内在的心理素质和来自外界的精神刺激,而社会因素主要指的是社会环境的威胁和迫害,包括家庭环境、生活环境以及工作环境等。社会因素与心理因素对个体来说都是一种精神刺激,个体表现为心理和生理的应激反应,机体在应激状态时,通过神经系统等多个系统的变化,影响了内环境的平衡状态,出现了组织结构的改变,进而出现了器官功能障碍,最终影响了整个机体的功能,出现了食欲下降、睡眠障碍及情绪变化等。

此外,神经生化因素在精神疾病的发生发展过程中也有着重要的作用,目前形成了许多假说,例如:多巴胺(DA)假说、5-羟色胺(5-HT)假说、谷氨酸假说及去甲肾上腺素(NE)假说等。多巴胺(DA)假说及5-HT假说认为临床上常常出现的精神分裂症的幻觉和妄想等阳性症状与中枢多巴胺功能亢进及5-HT有关,多巴胺与5-HT功能活动降低与抑郁发作有关,相反,多巴胺与5-HT功能活动增高与躁狂发作有关。去甲肾上腺素(NE)假说认为NE功能活动降低与抑郁发作有关,NE功能活动增高与躁狂发作有关。此外,除了上述的4种主要的神经递质外,各种精神疾病还可能与其他系统如肾上腺素受体、乙酰胆碱、第二信使等的改变或者之间相互作用有关。当然,并不是所有的精神疾病的发病机制都十分明确,有些精神疾病的病因虽然已经明确,但是其发病机制还需要进一步研究探索之中。

三、精神疾病的危险因素

精神疾病的危险因素指的是先于疾病存在的某些因素,能增加疾病发生的可能性,按照生物-心理-社会医学观点,可将精神疾病的危险因素分为生物因素、心理因素和社会因素三个方面,精神疾病的危险因素多种多样,相互交织,有些危险因素起的作用可能更大些,有些则可能是附加的。2004年河北省精神疾病流行病学调查对常见的14种精神疾病进行统计学分析,发现了不同疾病的危险因素。分析性别是多种精神疾病的重要影响因素,其次,年龄、婚姻、职业、家庭收入、家庭人口、居住方式、医疗来源等也为主要危险因素。目前,常见精神疾病的危险因素包括:年龄、性别、职业、文化程度、躯体疾病、遗传、人格因素、婚姻及家庭因素、物质及酒精滥用、生活方式、心理应激及社会环境因素等,这些因素在精神疾病的发生、发展过程中均起着重要的作用。